

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 18 juillet 1904, à 1 heure.

PAR

André CORVINGTON

Né aux-Cayes-Haïti le 17 Novembre 1877
Ex-externe des hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DU FOIE

CHEZ L'ENFANT

Président : M. TERRIER, professeur

*Juges : { MM. RECLUS, professeur
WALTHER et MAUCLAIRE, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	}	TILLAUX.
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....		TERRIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BERGER.
Clinique d'accouchements.....		DE LAPERSONNE
Clinique gynécologique.....		GUYON.
Clinique chirurgicale infantile.....		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (AUG.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MA TANTE CÉCILE CORVINGTON

A MES PARENTS ET AMIS

A MON EXCELLENT MAÎTRE

MONSIEUR BROCA

Chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades.

Faible témoignage de ma vive reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Hommages respectueux.

BIBLIOGRAPHIE

Grancher. — Traité des maladies de l'enfance. Abscès du foie (Oddo).

Leblond. — Diagnostic et traitement des abcès du foie. Thèse de Paris, 1892.

Berthelin. — Les complications hépatiques de l'appendicite. Thèse de Paris, 1895.

C. Oddo. — Abscès du foie par contusion chez l'enfant. Revue des maladies de l'enfance, janvier 1901.

Moncorvo. — Revue des maladies de l'enfance. Déc. 1899.

Morquio. — Rev. des malad. de l'enfance. Juin 1901.

Canniot. — Thèse de Paris 1891.

Schwartz. — Chirurgie du foie.

Roumiantzeff. — Un cas d'abcès hépatique chez l'enfant. Meditzinskoé Obozrainie, Moscou, 1901.

Comby. — Traité des maladies des enfants.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ABCÈS DU FOIE
CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Parmi les affections de l'enfance, dont l'étude devient chaque jour de plus en plus importante, l'abcès du foie était cité jusqu'à ces dernières années comme une des curiosités de la pathologie infantile. Les rares observations publiées surtout à l'étranger ne fournissaient pas les documents pouvant permettre une description spéciale de cette affection dans l'enfance.

Le hasard ayant fait admettre dans le service de mon excellent maître M. Broca un enfant portant une tumeur du foie qui n'était autre qu'un abcès, ainsi que l'opération le démontra, je fus amené à rechercher les travaux publiés sur cette affection et à réunir et à compléter, dans la mesure de mes fai-

bles moyens, les différentes notions que je pus recueillir dans les observations publiées tant en France qu'à l'étranger.

Il nous a semblé bon, en effet, d'attirer l'attention sur l'hépatite suppurée des enfants et de dire quelles sont les différences qui, dans son étiologie, son anatomie pathologique, sa symptomatologie, son pronostic, son diagnostic et son traitement, impriment un caractère spécial à cette affection dans le jeune âge et rendent son étude d'un grand intérêt au point de vue de la pathologie infantile.

Avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre profonde gratitude à nos maîtres des hôpitaux pour les excellents conseils et les excellentes leçons qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Que MM. Broca, Huchard, Triboulet, reçoivent nos plus sincères remerciements pour la bienveillance dont ils ont usé envers nous lors de notre passage dans les hôpitaux comme étudiant et comme externe.

M. Broca a bien voulu nous fournir le sujet de cette thèse et nous aider de ses excellents conseils : nous lui exprimons toute notre reconnaissance et tous nos remerciements.

M. le professeur Terrier nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : qu'il daigne agréer l'hommage de nos respectueux remerciements.

ETIOLOGIE

Les premières observations publiées sur l'abcès du foie chez l'enfant furent réunies par Bernhard en 1886. Musser put en trouver 34 cas en 1890. Dans sa thèse inaugurale (1892) Leblond en porta le nombre à 45.

Le sujet devient alors de plus en plus à l'étude : Berthelin en rapporta 8 cas nouveaux, consécutifs à l'appendicite. Enfin de nos jours des observations nouvelles sont publiées par MM. Oddo, Moncorvo, Morquio, dans la *Revue des maladies de l'enfance* M. Roumiantzeff, dans la *Méditzinskoé obozrainie*. On peut donc dire que, si l'abcès du foie chez l'enfant est plus rare que, chez l'adulte, il est assez fréquent, ainsi que le montrent ces nombreuses publications, pour permettre une étude spéciale de cette affection dans le jeune âge.

L'étiologie de l'hépatite suppurée chez l'enfant est très curieuse et diffère sur plus d'un point de celle de l'adulte. Les grandes causes qui, chez l'adulte, déterminent les abcès du foie sont la dyssentérie, l'angiocholite calculeuse. Chez l'enfant il existe quelques rares cas d'abcès du foie d'origine dyssentérique ; pas une seule observation d'abcès par angiocholite calculeuse n'a été publiée jusqu'ici.

Les causes exceptionnelles chez l'adulte deviennent au contraire les plus importantes chez l'enfant, ainsi qu'il ressort nettement des observations recueillies par Leblond et de celles publiées de nos jours.

Le traumatisme abdominal est une des causes les plus fréquentes de l'abcès du foie chez l'enfant, alors que chez l'adulte les abcès traumatiques sont rares. Leblond avait déjà indiqué cette fréquence des contusions de l'abdomen dans l'hépatite suppurée de l'enfance, puisque, sur les 54 cas réunis par lui, huit observations d'abcès ont pour cause un choc sur l'abdomen. Les observations de MM. Oddo, Moncorvo, Morquio, attirent plus spécialement l'attention sur cette étiologie.

Le traumatisme peut être direct, c'est-à-dire portant sur l'hypocondre droit et la région hépatique et l'abcès peut être dit primitif, succédant à la contusion. Le traumatisme semble agir comme une cause prédisposante, créant un lien de moindre résistance et facilitant le développement dans un organe contusionné des germes pyogènes venant de l'intestin et charriés dans le foie par la veine porte.

Cette fréquence de l'abcès traumatique du foie chez l'enfant est expliquée par la plus grande fréquence des chutes et surtout des chutes sur l'abdomen à cet âge.

Cette étiologie semble avoir été celle de deux autres abcès hépatiques que M. Broca nous a dit avoir opérés en ville, chez des garçons de 8 à 10 ans, et sur lesquels il n'a pas gardé d'observation précise.

Dans un cas, il y avait eu quelques semaines auparavant choc de l'hypochondre contre l'angle d'une table.

« La chute à plat ventre est infiniment plus fréquente chez l'enfant que chez les grandes personnes, par cela même qu'elle survient surtout pendant la course inconsiderée comme celles auxquelles se livrent si souvent les enfants.

« D'autre part, on peut aussi se demander si le foie de l'enfant n'est pas particulièrement prédisposé à suppurer sous l'influence du traumatisme »... « Peut-être aussi, en ce qui concerne le très jeune âge, faut-il invoquer le volume plus grand du foie qui, découvert sur une grande surface, est plus exposé aux coups (Oddo) ».

« Dans une observation de M. Oddo le traumatisme a siégé dans un point éloigné de la région hépatique, et l'abcès hépatique a été secondaire à une inflammation située plus bas. A côté de l'abcès traumatique du foie, primitif et direct, on peut donc placer une autre variété, secondaire et indirecte.

Le temps écoulé entre le traumatisme et l'apparition des premiers symptômes est très variable. Parfois dès le lendemain la douleur vive de l'hypocondre, la fièvre, attirent l'attention sur le foie et la collection purulente se forme rapidement et est collectée au bout d'un mois. Ailleurs, après un traumatisme violent de la région pouvant même déterminer une fracture de côte, la douleur des premiers jours disparaît, la collection se forme sans bruit, lentement, et met

puls de huit mois avant d'être apparente (Obs. de Schetts).

Les lombrics ont donné lieu dans nombre de cas à des suppurations hépatiques et sont une cause toute spéciale à l'enfance. Leblond a pu réunir huit observations d'abcès du foie causés par ces vers. Ces vers, extrêmement fréquents dans l'intestin de l'enfant, s'engagent dans le canal cholédoque, arrivent au foie chargés de germes pathogènes, agissant comme corps étrangers dans cet organe y développent des foyers de suppuration. Dans un certain nombre d'observations il semble que la seule présence de ces vers dans le foie suffit à produire des abcès. Dans le pus de la collection il est facile de les déceler, de même que dans les conduits biliaires. Certains de ces vers sont encore vivants, d'autres sont diffluent, macérés dans le pus. On ne peut donc songer à une simple migration de lombrics dans un foyer purulent hépatique ayant évolué sans bruit, et à un phénomène se produisant *post-mortem*.

Dans d'autres observations la grande quantité de ces vers, retrouvés dans les différentes portions de l'intestin, ont amené les auteurs à rattacher la cause des abcès du foie à des lombrics, malgré leur absence dans le pus hépatique et en l'absence d'autres causes possibles. « On peut supposer dans ces observations que les helminthes, après avoir apporté dans le foie des germes pathogènes, sont redescendus dans l'intestin, ou bien on peut invoquer une infection

localisée au foie et causée par la présence des lombrics dans l'intestin » (Oddo).

Sans vouloir insister sur une cause spéciale au nouveau-né, l'omphalite, donnant naissance à une suppuration hépatique et dont Leblond ne cite que deux cas, il faut citer certaines maladies qui chez l'enfant semblent prédisposer aux abcès du foie.

Ainsi les suppurations hépatiques sont-elles, beaucoup plus fréquemment que chez l'adulte, une complication de l'appendicite chez l'enfant.

Berthelin, sur 26 cas publiés dans sa thèse, nous rapporte huit observations concernant le jeune âge. A quoi attribuer cette fréquence relative ? Peut-être faut-il invoquer le faible pouvoir fonctionnel du foie chez l'enfant. « La cellule hépatique, en raison de son peu d'activité dans le jeune âge, paraît n'opposer qu'une faible résistance aux infections d'origine intestinale » (1). Cette complication surviendrait surtout dans les formes latentes à longue durée. L'infection hépatique se ferait le plus souvent par voie veineuse, par contiguïté et par l'intermédiaire d'une pyléphlébite suppurée, plus rarement par embolie septique détachée du foyer péri-cœcal et intestinal.

Les mêmes germes se retrouvent dans les collections pérityphlique et hépatique.

Enfin, d'après Kœrte, l'infection du foie consécu-

1. Berthelin. *Les complications hépatiques de l'appendicite*. Thèse Paris, 1895.

tive à la pérityphlite se propagerait dans la majorité des cas par extension dans le tissu cellulaire rétro-cœcal et la pyléphlébite serait une exception.

Nous devons toutefois remarquer que ces abcès hépatiques de l'appendicite sont exceptionnels. Ils ne sont notés à l'autopsie chez aucun des malades traités par M. Broca. D'autre part, ces cas n'ont d'intérêt que pour expliquer certains décès, car ils sont au-dessus de nos ressources chirurgicales. Toujours il s'agit d'abcès aréolaires, que nous sommes impuissants à diagnostiquer à temps et à drainer avec succès. En fait, nous n'avons pu trouver une seule opération, heureuse ou mortelle, pratiquée chez l'enfant dans ces conditions.

Aussi avons-nous cru devoir nous borner à les mentionner, sans entrer dans les détails de leur description.

La tuberculose peut se développer primitivement dans le foie et donner naissance à des abcès tuberculeux étudiés par le Professeur Lannelongue et ses élèves.

Tantôt ces abcès fusent vers la face convexe du foie donnant lieu à une périhépatite, à des abcès tuberculeux sous-phréniques. Tantôt ces abcès tuberculeux sous-phréniques se sont développés sans aucune lésion suppurative du foie.

Si les abcès du foie d'origine dyssentérique sont rares chez l'enfant, c'est que la dyssenterie vraie est elle-même rare dans le jeune âge, comparée à la fréquence de la rectite banale. Leblond puis Oddo n'ont

pu réunir que 12 cas d'abcès dyssentériques chez l'enfant ; ces cas comparés au grand nombre d'abcès dyssentériques chez l'adulte montrent la rareté de cette affection chez l'enfant.

La « dysentérie nostras » a pu fournir deux observations ayant déterminé l'hépatite suppurée chez l'enfant.

Deux cas d'abcès du foie sont encore cités par Leblond au cours d'une fièvre typhoïde.

Enfin une dernière cause commune à l'enfant et à l'adulte est la septicémie due à des suppurations chirurgicales et médicales, en particulier à la septicémie puerpérale des nouveau-nés, et celle qui est consécutive à l'omphalite suppurée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les grands abcès d'origine trsumatique ou dyssentérique siègent le plus souvent dans le lobe droit. Ils sont uniques et volumineux. Leur volume varie depuis celui d'une orange jusqu'à celui d'une tête d'enfant. Ils contiennent une quantité de pus variable, allant de quelques centaines de grammes à deux et trois litres. Le pus est généralement épais, crémeux, inodore ; tantôt il a une teinte de chocolat clair, tirant sur le jaune ocre ; Tantôt il est rouge lie de vin, sanguinolent, contenant des lambeaux de tissu hépatique. La présence de cellules hépatiques ou de débris de cellules hépatiques vues au microscope permet dans les cas douteux d'affirmer l'origine hépatique de l'abcès et de le distinguer d'une sup-puration péri-hépatique.

Les abcès pyohémiques sont ordinairement multiples et ont des dimensions très petites. Le foie, augmenté de volume, est criblé sur toute sa surface d'un semis de points jaunâtres, variant du volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une noisette.

Dans le cas inédit d'abcès subaigu à tétragène que nous relatons dans notre thèse, il a été trouvé dans le

foie, un peu à droite de la ligne médiane, une cavité grosse comme une forte mandarine entourée de tissu hépatique grenu, friable, rongé. Le pus était vert, bien lié, sans trace de teintes rougeâtres si fréquentes dans le pus hépatique. La masse inflammatoire adhérait à la paroi, en sorte que la poche put être incisée sans que la grande séreuse ait été ouverte.

Dans les deux autres cas d'abcès probablement traumatique qu'a opérés M. Broca, il n'en était pas de même. L'abcès, gros au moins comme le poing, était sous une couche hépatique d'au moins 2 centimètres d'épaisseur, sans aucune adhérence péritonéale, et les malades opérés par la méthode de Little moururent de péritonite.

Les abcès dus à des ascarides sont ordinairement au nombre de deux ou trois, tantôt isolés, tantôt communiquant entre eux et avec les voies biliaires. Parfois on trouve des lombrics dans le pus hépatique. Ils sont alors altérés, macérés ; d'autres occupent les conduits biliaires, canal cholédoque, cystique ou hépatique. Ailleurs les lombrics ont quitté le foie et abondent dans les intestins.

L'abcès par pérityphlite présente les caractères suivants décrits par Berthelin : Rarement il n'existe qu'un abcès unique volumineux. Dans l'immense majorité des cas ce sont de petits abcès coalescents, en nombre infini, formant de petits points jaunâtres dont le volume varie d'un grain de millet à un grain de chènevis, et qui, percés, laissent sourdre du pus. Les plus grands atteignent le volume d'une

noix ou d'une mandarine, paraissent constitués eux-mêmes par la réunion, la coalescence de ces abcès plus petits qui étaient primitivement circonscrits. Il en résulte une sorte de tissu spongieux, un lacis en forme d'éponge ressemblant aux cavités tuberculeuses du poumon. C'est, en somme, l'abcès aréolaire étudié par Chauffard chez l'adulte.

Quant aux abcès tuberculeux, ils forment deux à trois foyers à parois anfractueuses, semées de granulations et contenant du pus verdâtre et plus ou moins caséeux. Il est facile de déceler le bacille de Koch au microscope.

SYMPTOMES

La symptomatologie de l'abcès du foie chez l'enfant est extrêmement variable. Pour en tracer un tableau clinique, nous choisirons un cas commun répondant à une des formes cliniques fréquentes de cette affection dans le jeune âge, ce qui nous permettra de grouper les symptômes. Nous prendrons comme type de notre prescription l'abcès traumatique.

A la suite d'une chute sur l'abdomen ou d'un coup sur la région hépatique, l'enfant se plaint d'une vive douleur dans l'hypocondre droit ; c'est tout d'abord une sensation de pesanteur au niveau de la région hépatique, à laquelle succède une douleur aiguë, pulsatile, lancinante.

Cette douleur s'irradie à l'épigastre, aux lombes, parfois à l'épaule droite. Elle est éveillée par le simple frôlement de la région, exacerbée par une pression même légère, arrachant des cris perçants aux moindres mouvements, aux changements de position du petit malade.

Celui-ci reste le plus souvent dans le décubitus dorsal, les mains croisées sur le creux épigastrique comme pour le protéger de tout contact.

L'anorexie survient rapidement ; la langue est sale, la soif vive. Parfois quelques vomissements

bilieux se produisent. Il a de la diarrhée, tantôt inodore, tantôt extrêmement fétide, ou de la constipation opiniâtre.

Ses forces diminuent de jour en jour ; l'amaigrissement et l'abattement le conduisent rapidement à l'hecticité.

Sa face est pâle, souffreteuse ; les muqueuses sont décolorées. La peau est chaude, sèche, rugueuse, présente une surabondance épidermique donnant lieu à un état ichtyosique (Oddo, Moncorvo) qui se rencontre fréquemment dans les suppurations profondes et prolongées des enfants.

La fièvre apparaît, avec des caractères variables.

Le plus souvent c'est une fièvre rémittente avec exacerbations vespérales, précédée de frissons, suivie de chaleur et de sueurs.

Le pus soupçonné se collecte et va bientôt former une tumeur apparente. Le foie, en effet, augmente peu à peu de volume.

L'hypocondre présente une voussure générale sans saillie ni déformation particulière. On constate une sorte d'empâtement de la région avec élargissement et effacement des espaces intercostaux. A la palpation, la paroi abdominale est soulevée, tendue. Lorsque la tumeur se développe vers la superficie de l'organe et vient faire une saillie, on peut parfois sentir une fluctuation profonde, difficile à percevoir, qui ne se montre que tardivement. A la percussion de la région hépatique il est facile de constater l'hypertrophie du foie. Dans les abcès volumineux, la matité

hépatique peut dépasser la ligne horizontale de l'ombilic.

Il existe un œdème de la peau voisine et un développement d'un réseau de veines superficielles.

Le développement de la tumeur, surtout lorsqu'elle siège à la partie supérieure du foie et fait saillie du côté de la cage thoracique, joint à la douleur provoquée par les mouvements du diaphragme, amène une diminution de l'ampliation des mouvements thoraciques. La respiration est anxieuse, saccadée, pénible, revêt le type costal supérieur.

Ces différents symptômes font soupçonner l'abcès du foie. La ponction exploratrice faite dans le foyer purulent, facilement accessible ou en divers points, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à constater la présence de ce foyer s'il ne fait aucune saillie, viendra confirmer le diagnostic.

Le tableau clinique de l'hépatite suppurée est au complet et le diagnostic s'impose dans le cas que nous avons choisi comme type de notre description. Ces cas où sont aussi groupés tous les symptômes, sont rares et le plus souvent, surtout chez l'enfant, la sagacité du clinicien devra démêler au milieu de signes communs à l'hépatite suppurée et à d'autres affections ceux qui lui permettront de porter le diagnostic d'abcès du foie.

Dans nombre de cas, tous les symptômes manquent. Aucun trouble fonctionnel, aucune douleur locale n'appelle, pendant la vie, l'attention sur l'hépatite suppurée, et à l'autopsie on trouve de vastes

collections purulentes dans le foie dont l'existence n'avait pas été soupçonnée.

Tantôt après un début bruyant, avec fièvre, douleur hépatique, vomissements, tout semble rentrer dans le calme. Il se produit une rémission prolongée. Seul l'état général reste mauvais. La nutrition se détériore de plus en plus, les forces s'usent, l'amaigrissement augmente, les membres s'infiltrent et le petit malade succombe dans le marasme. Parfois au milieu de cette déchéance physique, inexpliquée, après un laps de temps de huit mois, l'abcès qui s'est collecté en silence, vient former une tumeur apparente et la ponction exploratrice donnera la clef du diagnostic. Ailleurs l'abcès du foie demeure méconnu, évoluant au cours d'une pyémie ; ici telle complication, pleurésie, pneumonie, domine le tableau et empêche le diagnostic de la maladie causale ; là, c'est une vomique qui appelle, par les caractères particuliers du pus, couleur chocolat, l'attention du médecin et le fait remonter à la cause initiale.

EVOLUTION. — MARCHE. — TERMINAISON

La formation de l'abcès est rapide, dans un certain nombre de cas, et l'évolution se fait dans l'espace de deux ou trois semaines. C'est souvent le cas des abcès traumatiques. L'état général du petit malade est fort grave. L'enfant présente de la fièvre avec exacerbations vespérales. Les douleurs lui arrachent des cris plaintifs. La langue est sèche, le facies terreux ; l'amaigrissement considérable ; la stupeur et l'abattement font penser à un dénouement fatal. On incise et on draine l'abcès hépatique. On assiste alors à une véritable résurrection : la température tombe graduellement les jours suivants ; la percussion démontre la réduction des dimensions du foie ; les douleurs disparaissent ; l'écoulement diminue, puis disparaît ; tout rentre, dans l'ordre, au bout de quinze jours.

Dans d'autres cas, l'évolution est retardée et le pus ne se collecte qu'après des poussées congestives séparées par des intervalles plus ou moins longs. L'évolution peut durer, dans ces cas, plusieurs mois.

L'abcès du foie, chez l'enfant, peut s'ouvrir à travers la paroi abdominale ou la paroi thoracique. Il

vient faire saillie à la peau vers l'épigastre, soit à travers un espace intercostal.

L'imminence de l'ouverture s'annonce par un empâtement local progressif, un œdème plus marqué, une rénitence plus nette, puis de la fluctuation, la rougeur et l'ulcération des téguments.

L'abcès hépatique peut s'ouvrir dans les voies respiratoires. Tantôt c'est dans la cavité pleurale : il donne naissance à une pleurésie droite. Une douleur vive, brusque, suivie d'un frisson, une paralysie de la moitié droite du diaphragme et les signes physiques d'un épanchement pleural se formant très rapidement, permettront de faire le diagnostic de cette complication. Si l'on n'intervient pas, le pus peut se faire jour à travers un espace intercostal ou les bronches.

Lorsque l'abcès a évolué lentement et que les adhérences entre le foie, le diaphragme, la plèvre et le poumon se sont produites, l'ouverture se fait directement dans les bronches.

On constate alors de la matité et du souffle bronchique à la base du poumon ; le murmure respiratoire disparaît. Puis subitement une vomique se produit. Le petit malade vomit du pus rougeâtre, lie de vin, grumeleux, couleur chocolat. A la suite de cette évacuation spontanée, l'enfant éprouve un grand soulagement. La tumeur hépatique s'affaisse ; on entend à la base du poumon des signes cavitaires. Mais bientôt l'état général empire, il s'établit une suppuration interminable qui conduit le malade à

l'hecticité si une intervention ne vient donner issue à la collection purulente insuffisamment évacuée

L'ouverture de l'abcès dans les voies digestives, le péritoine, le péricarde, les voies biliaires; etc... n'est pas signalée dans nos observations et nous ne ferons que citer ces différentes complications.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'abcès du foie chez l'enfant est grave ; presque fatal dans les abcès pyohémiques à foyers multiples, comme dans la pyohémie succédant à la fièvre typhoïde, à l'appendicite comme dans la dyssentérie. Lorsqu'il s'agit d'un abcès unique volumineux, ou de deux à trois gros foyers le pronostic est moins mauvais ; il dépend surtout de l'intervention chirurgicale précoce, de l'incision et du drainage des différentes collections.

DIAGNOSTIC

Toutes les fois qu'une douleur vive à la palpation, localisée parfois très nettement en un point de la région hépatique, accompagnée de tumeur, d'hypertrophie du foie, de mauvais état général, survient chez un enfant, soit à la suite d'un traumatisme de l'hypocondre droit, soit au cours d'une dyssentérie, on doit penser à un abcès du foie. Pour confirmer le diagnostic, on recommande souvent d'avoir recours à une ponction exploratrice.

La ponction exploratrice est faite avec le trocart moyen de l'appareil aspirateur Potain. On peut se servir de l'aiguille de la seringue de Pravaz. En tous cas il faut se servir d'une aiguille longue de 5 à 7 centimètres, sinon l'emploi d'une aiguille courte et fine fait courir le risque de ne pas arriver sur le foyer de l'abcès s'il est profond, ou, étant dans la collection, de ne pas retirer de pus par suite du calibre insuffisant de l'instrument. On enfonce l'aiguille perpendiculairement aux côtes si on attaque le foie dans sa portion thoracique et de bas en haut, d'avant en arrière si le foie déborde les fausses-côtes et descend dans la cavité abdominale. La douleur localisée, l'élargissement d'un espace intercostal, la voussure,

seront autant de points de repère pour l'endroit où se fera cette ponction. On pousse brusquement l'aiguille : Dans les cas heureux on a la sensation d'arriver dans une cavité et le liquide monte dans le corps de la seringue ou de la bouteille de l'appareil Potain. Si on n'a pas cette sensation on retire l'aiguille de quelques centimètres et l'on recommence dans des directions différentes.

Si, malgré ces différentes manœuvres on n'obtient aucun résultat il faut répéter la ponction en d'autres point et à diverses reprises.

Le plus souvent après des recherches patientes on arrive sur le foyer de l'abcès.

L'examen du pus est un précieux élément de diagnostic. D'aspect variable, tantôt blanc crémeux, bien lié, tantôt jaune verdâtre teinté de bile, le plus souvent c'est du pus rougeâtre, lie de vin, couleur chocolat, tenant en suspension des grumeaux rouge sombre, chocolat ou groseille. Il est en général épais et visqueux.

Ce pus contient les divers microbes de la suppuration : streptocoques, staphylocoques ; dans les abcès dysentériques, on a trouvé parfois, chez l'adulte du moins, des amibes.

Dans les cas que nous rapportons, nous devons à l'obligeance de M. Deguy, chef du laboratoire de bactériologie de M. Marfan, les résultats de l'examen bactériologique.

Le foyer de l'abcès contenait du pus tétragène et une grande quantité de leucine et de tyrosine.

Enfin la présence de cellules hépatiques ou de débris de cellules hépatiques vues au microscope permettra dans les cas douteux d'affirmer que l'on est en présence d'un foyer hépatique et d'exclure l'idée d'une suppuration péri-hépatique.

« La ponction exploratrice est d'une innocuité reconnue ; elle n'est pas dangereuse quand elle est faite dans les conditions voulues ; l'hémorragie n'est pas à craindre, l'inoculation du péritoine par du pus qui pourrait couler après le retrait de l'instrument n'est pas à redouter, surtout lorsqu'on a la précaution d'appuyer pendant quelque temps sur le point de la ponction, surtout lorsqu'il s'agit d'une ponction faite à travers la paroi abdominale : L'on applique de la sorte celle-ci sur le foie et on empêche du même coup et l'écoulement du sang et l'écoulement du pus » (1).

Cet optimisme est peut-être un peu exagéré. Nous ne parlons pas du danger d'hémorragie, auquel, quoiqu'on en dise, expose, avec rareté, nous le concédons, n'importe quelle piqûre du foie. Mais l'écoulement de pus dans le ventre par l'orifice du trocart est possible. Il eut lieu avec évidence chez un malade auprès duquel M. Broca fut appelé après une ponction exploratrice faite par un autre médecin. Aussi pensons-nous que, si les signes rationnels permettent de penser à un abcès du foie, la méthode de choix est l'incision exploratrice, suivie au besoin de

ponction lorsqu'on a bien sous les yeux la surface hépatique. Mais les explorations chirurgicales ne sont permises, nous le répétons, que si l'analyse symptomatique a donné des présomptions suffisantes en faveur de l'abcès du foie. A ce point de vue, deux cas sont à distinguer, selon que l'abcès se traduit au dehors par une tumeur lisse, arrondie, ou par une hypertrophie plus ou moins diffuse du foie.

Le premier cas était celui du malade de M. Broca, dont nous publions aujourd'hui l'histoire. Dans nos pays, on songera alors forcément à un kyste hydatique, et les phénomènes inflammatoires locaux ou généraux feront diagnostiquer la suppuration de ce kyste.

Dans les régions où l'abcès du foie est fréquent, notre cas eût peut-être éveillé l'idée d'abcès, en raison des troubles intestinaux préalables, mais, à Paris, il s'agit d'un de ces cas trop exceptionnels pour que l'on puisse tirer des conclusions valables.

Nous en dirons autant pour les abcès centraux, causant une hypertrophie diffuse du foie, surtout d'un lobe de ce foie. Les diagnostics les plus divers, de la pleurésie à la fièvre typhoïde, sont alors portés, jusqu'au jour, où, sur la masse, se détache une bosse lue à un moment donné, fluctuante. Jusqu'alors, en effet, d'après les deux cas observés par M. Broca, c'est l'état général infectieux qui domine dans le tableau symptomatique. Chez un des deux malades précités, pendant trois semaines, on crut à une fièvre typhoïde et M. Broca fut appelé, une fois faite la ponc-

tion exploratrice. Pour l'autre, il fut mandé d'assez bonne heure, parce que, après un début ayant simulé la fièvre typhoïde, de grandes oscillations thermiques firent soupçonner, au médecin traitant, un foyer de suppuration dans le ventre, sans localisation nette. Peu à peu, le côté gauche du foie grossit, devint douloureux à la pression, puis on sentit, à ce niveau, des frottements péritonéaux et le diagnostic fut alors porté avec exactitude sans attendre qu'une tumeur pointât.

Lorsque l'abcès du foie ne forme pas de tumeur apparente, lorsque la ponction répétée en différents points, à plusieurs reprises, a été négative, le diagnostic devient alors extrêmement difficile, sinon impossible. Les traités classiques abondent en détails sur toutes les affections qui peuvent être confondues avec l'hépatite suppurée et égarer le diagnostic.

La multiplicité des signes différentiels n'empêche pas malheureusement les erreurs de diagnostic multiples chez l'adulte, encore plus fréquentes chez l'enfant.

TRAITEMENT

Le traitement de l'abcès du foie chez l'enfant est le même que chez l'adulte. Il consiste à évacuer le pus par une incision large et à drainer le foyer.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'insuffisance de la ponction pour amener la guérison. Il faut une intervention chirurgicale plus hardie et l'une des plus connues est la méthode de Stromeyer-Little.

Elle consiste à inciser, d'un seul coup de bistouri, toute l'épaisseur des parois, en suivant l'un des côtés de l'aiguille laissée dans le foyer hépatique, puis, à drainer et à faire des lavages antiseptiques. Actuellement, à cette méthode un peu aveugle, on préfère l'incision chirurgicale, couche par couche, variant suivant le siège même de l'abcès.

Le principe général de la méthode de Little est qu'après l'incision, la pression abdominale fait accoler l'un à l'autre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral hépatique, en sorte que le pus s'écoule au dehors et n'a pas tendance à inonder la grande séreuse. Le fait est que dans les pays chauds, où l'abcès du foie est d'observation banale, cette méthode fournit de nombreux succès. Mais peut-être aussi

est-ce dû, pour une bonne part, à un fait constaté à maintes reprises : la stérilité habituelle du pus de ces abcès. Sans entrer dans les détails de cette question encore controversée, il semble, qu'en effet, ce pus, au moment où le chirurgien intervient, ne contienne souvent pas de microbes pyogènes redoutables pour le péritoine. Mais est-ce vrai pour les abcès non dyssentériques en particulier pour les abcès traumatiques, observés chez l'enfant ? Il serait peut-être imprudent d'y trop compter. Nous mettons de côté le malade auquel on a pratiqué la ponction exploratrice avec un assez gros trocart avant d'appeler le chirurgien, et chez lequel l'incision franche a été suivie de péritonite, car on ne sait laquelle des deux interventions est responsable du mal. Mais chez l'autre, la péritonite par inondation purulente fut sûrement consécutive à l'incision par le procédé de Stromeyer-Little ; et au cours de l'opération, on s'était rendu compte que la friabilité du foie, avant l'ouverture, aussi bien qu'après l'ouverture de l'abcès, avait rendu impossible la marsupialisation de la poche. Aussi le cas échéant, en l'absence d'adhérences antérieures, vaudrait-il mieux opérer en deux temps, après avoir provoqué la formation d'adhérences par deux ou trois jours de tamponnement aseptique, comme on faisait autrefois pour les kystes hydatiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Communiquée par M. Broca.

F... Albert, 3 ans 1/2, entré le 17 avril 1904, hôpital des Enfants-Malades, salle Molland, lit, n° 32.

Ce garçon, né à terme, ne présente à noter aucun antécédent personnel ou héréditaire intéressant. A 18 mois, il a souffert d'une maladie fébrile très aiguë (41°), qui a duré 9 jours, et que l'on a traitée par les bains tièdes toutes les deux heures et la mère raconte qu'à ce moment il a eu dans la gorge des fausses-membranes très épaisses, mais le rétablissement a été complet, sans aucune lésion persistante, avec santé parfaite.

Au mois de février dernier, l'enfant est devenu malade, sans cause connue. Il a perdu l'appétit, a eu des accès de fièvre irréguliers, a souffert pendant trois semaines d'une diarrhée abondante, avec, chaque jour, 5 à 6 selles séreuses, quelquefois jaunâtres, toujours extrêmement fétides. Peu de temps après le début de ces accidents, qui depuis six semaines ont cessé, le ventre s'est mis à grossir et à devenir douloureux spontanément et à la pression, et enfin depuis une quinzaine on constate une tumeur de l'hypocondre droit.

A l'entrée, enfant pâle, très amaigri, n'acceptant pour toute nourriture que quelques tartines de fromage, agité la nuit, dormant mal, demandant constamment à boire, ne quittant plus le lit ou les bras de sa mère, refusant de marcher. Il n'y a plus de diarrhée ; une selle par jour, sans lavement.

Localement, il existe dans l'hypocondre et le flanc droit une tumeur formée par le foie volumineux dans toute sa masse, débordant de trois travers de doigt les fausses-côtes, jusqu'à toucher presque la fosse iliaque, remplissant l'épigastre, refoulant même un peu en haut le poumon droit et le cœur. Sur cette masse, se détachait en avant, à droite et au-dessus de l'ombilic, derrière le muscle grand droit et gagnant vers l'épigastre, une bosselure sphérique grosse comme le poing, fluctuante, mate, sans frémissement hydatique, sans changement de coloration ni œdème de la peau, un peu douloureuse à la pression.

Pendant les deux jours que l'enfant est resté en observation, la température est restée entre 38° et 39°. Le diagnostic fut : Kyste hydatique suppuré du foie.

Le 19 avril, après anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sus-ombilicale. Au premier coup de bistouri donné sur le péritoine jaillit un flot de pus vert, bien lié. L'abcès était situé juste sous la capsule du foie, amincie et adhérente au péritoine pariétal. Cette poche était grosse à peu près comme le poing, et dans la paroi postérieure, formée de tissu hépatique rouge, grumeleux, friable, on voit un trou par lequel sortait du pus. Ce trou agrandi en y introduisant une pince hémostatique qu'on fit ressortir écartée, on entra dans une seconde poche postéro-supérieure, partout intra-hépatique, presque aussi vaste que la première. Toutes les parois de tissu hépatique sai-

gnant peu, le tamponnement fut inutile. Le foyer fut drainé avec un très gros tube de caoutchouc.

Tout de suite la température devint normale. Le 30 avril il ne restait plus qu'un petit drain. Le 18 mai il n'y avait plus qu'une petite rougeur superficielle sur la ligne d'incision. L'enfant avait engraisé au point de devenir méconnaissable. Il dormait, mangeait et digérait de façon normale. Le ventre était souple, le foie était indolent et de volume normal.

Le pus fut examiné par M. Deguy. Le tétragène y fut le seul microbe trouvé. Chimiquement, il contenait de grandes proportions de leucine et de tyrosine.

OBSERVATION II

MONCORVO. *Revue des maladies de l'enfance*, déc. 1899.

Petit garçon métis, âgé de 2 ans. Un mois et demi auparavant, en jouant à la porte de son habitation, il fit une chute violente de façon que son hypochondre droit vint frapper contre la surface dure et rude du trottoir. A partir du lendemain il commença à se plaindre d'une sensation douloureuse assez vive au-dessous du rebord costal droit, en même temps qu'une fièvre assez vive éclata. La fièvre suivit une marche presque continue et la douleur abdominale lui arrachait des cris perçants aux mouvements spontanés et provoqués. Le petit malade devint très pâle, maigre, grognon, perdit l'appétit et la constipation devint opiniâtre. Cet état dura un mois environ. Pen-

dant la dernière quinzaine, la fièvre prit le type fortement rémittent, à exaspérations vespérales. En même temps se formait une voussure sous le bord costal droit qui alla en s'élargissant. Cette voussure, fluctuante, contrastait avec la résistance des parties voisines. Le foie, augmenté de volume, dépasse de 10 centimètres le rebord des fausses-côtes. Une ponction exploratrice permit de recueillir une petite quantité de pus jaune et inodore. Une large incision donna lieu à l'écoulement de 500 grammes de pus jaune et inodore. Un stylet introduit par la plaie indiqua l'existence d'une cavité dans l'épaisseur du parenchyme hépatique, formée de deux loges, la plus large correspondant au lobe droit et la plus petite au lobe gauche. Lavage avec une solution boriquée à 3 o/o, introduction d'un drain à demeure.

Les jours suivants, la température tombe graduellement, la percussion démontre la réduction des dimensions du foie. Les douleurs disparaissent. L'écoulement diminue, puis disparaît. Tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours.

OBSERVATION III

ODO. *Rev. des maladies de l'enfance*, janv. 1901.
Abcès traumatique du foie. Pyo-pneumothorax sub-diaphragmaticus. Ouverture dans les bronches. Évacuation de la cavité par l'incision abdominale.

François Cass..., âgé de 13 ans 1/2, se présente à ma consultation du *Dispensaire des Enfants-Malades*. Sa mère me raconte qu'il a reçu il y a un mois un coup dans le ventre. De

fait, voici ce que j'ai appris depuis : Cet enfant s'était hissé sur une charrette pour voler du charbon, il était tombé à la renverse et un bloc de charbon de 10 kilogrammes environ est tombé sur lui, entraîné dans la chute. D'après le dire formel de l'enfant, le bloc l'avait atteint au niveau de la fosse iliaque droite. Le choc avait été très violent et la douleur au niveau de la région contusionnée avait été très intense. Quatre ou cinq jours après l'accident, l'enfant fut pris d'indigestion et de fièvre. Cette fièvre dura une quinzaine de jours. Pendant cette période, l'enfant ressentait une douleur au niveau de la fosse iliaque droite. Quinze jours après l'accident, la douleur se déplaçait, elle siégeait au niveau de l'épigastre. En ce point apparut un gonflement qui augmenta progressivement. La pression à ce niveau était devenue intolérable. Enfin, il y a cinq jours, il a commencé à tousser et à vomir du pus en assez grande abondance. En même temps le gonflement épigastrique a diminué d'une manière notable. Tels sont les renseignements fournis par la mère et corroborés par le petit malade lui-même.

État actuel. — Cet enfant présente un aspect d'hecticité profonde. L'amaigrissement est considérable, les masses musculaires ont fondu. Le pannicule adipeux a disparu, la peau flotte déshabillée au niveau des membres. L'aspect de la peau est du reste très frappant : elle est sèche et rugueuse, hérissée par une production épidermique surabondante constituant une véritable ichtyose accidentelle. En outre les téguments et les muqueuses sont complètement décolorés. L'enfant n'a du reste aucun appétit ; il a une diarrhée fétide depuis quelques jours. Il est en proie à une fièvre très vive (39°4 rectal) qui dure depuis plusieurs jours. En un mot, cet enfant présente l'aspect d'un phtisique à la dernière période.

Sa figure exprime une vive souffrance ; il se tient courbé en deux, les mains croisées sur le creux épigastrique, comme pour le protéger contre tout contact. Dans cette région existe un gonflement considérable qui siège au niveau du rebord des fausses-côtes, empiétant un peu plus à droite qu'à gauche. Le point le plus saillant est situé à 3 ou 4 centimètres de la ligne médiane et un peu au-dessous des fausses-côtes, la voussure se confond progressivement avec les parties environnantes à partir de ce point. Les téguments présentent une circulation veineuse sous-cutanée supplémentaire formant un lacis veineux très apparent. La peau ne présente du reste aucune rougeur. Il n'y a pas de fluctuation appréciable, mais la région est très tendue et offre une résistance considérable. La palpation est très douloureuse et très mal tolérée par l'enfant qui s'agite en poussant des cris. La percussion dénote de la matité au niveau de la tumeur. Par-dessous on sent le rebord du foie, lisse, douloureux, tendu, immobile, qui est considérablement descendu et dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses-côtes. Au-dessus de la tumeur, la matité va en diminuant et s'arrête au-dessous du 4^e espace intercostal. En arrière de la poitrine, à droite, à la base, matité remontant presque à la moitié de la hauteur du poumon ; diminution progressive des vibrations thoraciques. Obscurité de la respiration et de la voix à la partie inférieure. Au niveau de la partie moyenne, gros râles humides. Diagnostic ; abcès de la face convexe du foie d'origine traumatique, ouvert dans les bronches.

Les jours suivants, l'état de l'enfant paraît s'aggraver sensiblement ; la température, qui atteignit 40° le jour de l'entrée, oscille maintenant autour de 39° ; le pouls est fréquent et misérable, 120 à 140. L'enfant est dans un état d'abattement pro-

fond et ne cesse de pousser des gémissements. Le dénouement paraît prochain.

Des modifications se sont produites au niveau de la tumeur. La partie la plus saillante des téguments a rougi, la peau s'est enflammée. A ce niveau on sent, par une pression légère, une crépitation gazeuse. La saillie des téguments est réductible légèrement dans sa partie centrale, mais après qu'on l'a déprimée, la peau est brusquement soulevée par l'arrivée de l'air, comme le seraient les parois molles d'un soufflet. Du reste, la sensibilité de toute cette région est atroce, ce qui, joint à la gravité de l'état de l'enfant, interdit tout examen plus approfondi.

L'expectoration est très abondante (le crachoir est à moitié rempli en vingt-quatre heures); elle est jaune verdâtre, mucopurulente, un peu acide, d'odeur fade et légèrement fétide.

Le 30 mars, le Dr Zani-Metaxas pratique après chloroformisation une incision au niveau de la région épigastrique, sur la partie saillante de la tumeur et parallèlement au rebord des fausses-côtes. Après incision de la peau, le tissu cellulaire est infiltré de pus et contient quelques bulles d'air. Plus profondément les deux feuillets du péritoine sont adhérents. Il s'écoule après leur incision, une certaine quantité de pus sanguinolent de couleur chocolat clair. Après exploration prudente, le Dr Metaxas trouve un trajet fistuleux qui se dirige en haut, en arrière et à droite, s'engageant sous le diaphragme et filant le long de la face convexe du foie. Après élargissement de la plaie, l'exploration digitale permet de pénétrer dans une vaste cavité sus-hépatique et sous-diaphragmatique. Mais nulle part on ne sent de foyer intra-hépatique. On se trouve donc en présence d'un pyo-pneumothorax sous-diaphragmatique.

Lavage de la plaie à l'eau boriquée : l'introduction du liquide dans la plaie détermine une toux violente suivie d'une expectoration sanguinolente. Il s'écoule par la plaie une quantité assez considérable, un verre environ, de pus rougeâtre et de flocons de même couleur, sorte de bouillie couleur de brique qui est recueillie dans un tube stérilisé. Introduction d'un gros drain qui pénètre profondément dans la plaie ; on bourre avec de la gaze iodoformée.

L'examen histologique des fragments recueillis permet de reconnaître l'existence de *cellules hépatiques très nettes*. L'examen bactériologique pratiqué par le Dr Engelhardt, chef de laboratoire à l'hôpital de la Conception, a révélé comme espèces prédominantes le bactérium coli et le streptocoque. En outre, une flore abondante d'espèces les plus variées, comme il arrive dans les cavités communiquant avec les voies respiratoires.

Le soir même de l'intervention, la chute de la température a été soudaine, le pouls s'est relevé, l'état général est meilleur.

L'expectoration s'est un peu modifiée ; de muco-purulente elle est devenue sanguinolente.

Les jours suivants, l'amélioration se fait comme par enchantement. Depuis que la résorption purulente a été supprimée, le malade a subi une véritable résurrection. En quelques jours l'aspect de l'enfant s'est transformé : l'appétit est revenu ; la peau a repris très rapidement sa souplesse et son aspect lisse. L'expectoration diminue et se supprime complètement au bout de trois ou quatre jours ; ce signe permet d'affirmer que le trajet péritonéo-bronchique est en train de s'oblitérer. Un autre signe vient confirmer cette hypothèse : pendant les trois premiers jours, lorsqu'on injectait de l'eau boriquée à travers le drain, le malade était pris de toux et le liquide refluant par les bronches était

expectoré par le malade. Dès le quatrième jour, ce phénomène a cessé de se produire et ne s'est plus manifesté depuis. L'écoulement purulent est toujours très abondant par le drain. Les parties qui avoisinent la plaie se sont affaissées sensiblement, elles sont devenues plus souples et plus dépressibles. La percussion permet maintenant de constater une sonorité amphorique dans toute l'étendue de la région qu'occupe normalement la submatité et la matité hépatiques au niveau du thorax. Cette sonorité est perceptible très nettement au niveau de la paroi antérieure, ainsi que dans l'aisselle ; elle est plus sourde en arrière (1). Par l'auscultation on en entend le murmure vésiculaire dans toute la région à sonorité amphorique, et ce contraste entre les résultats fournis par la percussion et ceux que donne l'auscultation est des plus remarquables. Plus profondément on entend par moments, surtout en arrière, des gargouillements éloignés et, fait très intéressant, ces gargouillements à timbre amphorique ne sont nullement rythmés par la respiration, ils se produisent indépendamment de celle-ci, dans la cavité sous-diaphragmatique.

Le 5 avril, l'amélioration a encore progressé, l'aspect du malade est bon, les téguments ont repris leur aspect normal, l'appétit est excellent. Le malade ne tousse plus et n'expectore plus. La voussure est maintenant réduite à peu de chose, la circulation veineuse est à peine appréciable. Le foie ne dépasse plus que de 3 centimètres le rebord des fausses-côtes, il est souple et presque indolore. La percussion permet de délimiter

1. Il est très facile de constater par la percussion les trois zones superposées signalées par les auteurs : sonorité pulmonaire, tympanisme, enfin matité hépatique refoulée en bas.

en avant une zone de skodisme qui s'étend du cinquième au huitième espace intercostal et est remplacée au-dessous par la matité hépatique. En arrière, elle est limitée par le rebord antérieur de l'aisselle et se continue par une zone de submatité. Le murmure vésiculaire s'entend partout au niveau de la région skodique et jusqu'à la partie inférieure du poumon. A la base tout à fait, il est plus obscur. Profondément, on perçoit toujours de temps en temps quelques gargouillements amphoriques indépendants de la respiration. En arrière, submatité à partir du septième espace intercostal. La respiration est obscure, les vibrations thoraciques sont diminuées. Profondément, gargouillements amphoriques avec les mêmes caractères qu'en avant.

L'aspect de la plaie est des plus satisfaisants ; l'écoulement par le drain est franchement purulent, mais toujours assez abondant.

Le 18 avril, le malade a augmenté de 2 kilog. 400 depuis le premier jour.

Le 2 mars, le malade est tout à fait bien au point de vue général. Le skodisme n'est plus produit que sur une surface grande comme le creux de la main. En arrière, matité et obscurité ont beaucoup diminué. L'écoulement est toujours abondant. Le moment paraît venu à M. le D^r Metaxas de mettre à découvert son foyer et de pratiquer la résection costale.

Malheureusement, devant la proposition d'une nouvelle opération, la famille trouvant l'état de l'enfant très satisfaisant, le reprend.

Il n'a plus été revu depuis.

OBSERVATION IV

MORQUIO. — *Rev. des maladies de l'enfance*, juin 1901.

Jean M..., âgé de 11 ans.

Il y a quinze jours, jouissant d'une bonne santé, il était allé se baigner en mer et, comme d'habitude, il se lança dans l'eau du haut d'une passerelle, mais cette fois il donna contre l'eau un violent coup de ventre et éprouva immédiatement une douleur intense dans la région de l'hypochondre droit. Après la chute, il dut sortir de l'eau avec l'aide d'autres personnes, parce que la douleur le rendait incapable de marcher seul.

Il continua ainsi quatre ou cinq jours, époque à laquelle se déclara la fièvre, le soir spécialement.

Il prit plusieurs purgatifs et passait au lit la plupart du temps ; la nuit il se sentait incommodé, inquiet, ressentait des frissons, avait de l'insomnie, n'avait pas d'appétit, etc., jusqu'à ce que, se voyant chaque jour plus malade, il vint nous consulter le 11 décembre 1900.

C'est un enfant pâle, manifestant sa souffrance d'une manière notable, marchant courbé comme pour garantir le ventre contre une douleur permanente, qui était augmentée par le mouvement, la respiration et encore plus par la palpation. Il ressent à l'épaule droite des douleurs qui l'incommodent beaucoup.

A l'examen de la région hépatique, nous remarquons qu'elle est soulevée ; il y a soulèvement des dernières côtes et de la

région subcostale, qui devient plus évident par la comparaison du côté opposé.

Il n'y a pas de modifications dans la coloration de la peau ; léger développement de circulation veineuse.

La palpation, qui est difficile à cause de la douleur qu'elle provoque, nous permet de constater dans le *foie* une augmentation d'environ trois doigts, formant une protubérance sur le côté droit, sous les côtes, laquelle tuméfaction, de la grosseur d'un œuf, fait corps avec le foie. L'hémicirconférence droite, à la base du thorax, est de 2 centimètres plus grande que la gauche.

La *rate* est grosse ; elle se percute aisément et on la sent à la palpation.

La langue est sèche, rouge à la pointe comme celle d'un typhique à la période d'état.

Depuis quelques jours le malade tousse, et il existe des signes de bronchite et de congestion pulmonaire, plus accentués dans le poumon droit. Il n'y a pas d'ictère. Les urines sont légèrement rouges, sans albumine. Il y a de la constipation.

Le pouls est lent, irrégulier. L'enfant a 60 pulsations et 37°,5 de température.

La pointe du cœur bat dans le quatrième espace ; les bruits sont clairs, avec un léger souffle extracardiaque, dans la région préventriculaire gauche.

L'intelligence est claire. Les mouvements sont libres quand la douleur ne vient pas les arrêter. L'enfant reste couché sur le dos.

Diagnostic. — Hépatite aiguë suppurée, par contusion de l'abdomen.

Nous le laissons en observation en lui prescrivant 0 gr. 25 de calomel par jour, le régime lacté et une potion avec 4 grammes de benzoate de soude.

Le 12. Pulsations, 50 ; pouls irrégulier et arythmie cardiaque ; urines claires ; matières fécales normales. Il a dormi toute la nuit.

Le 13. Même état ; pouls à 56 ; température, 37°0,8. La nuit, les frissons reviennent comme avant et la température s'élève légèrement ; 38°02. L'application de la séroréaction de Widal donne un résultat négatif.

Le 16. Le poumon va bien ; seulement, à la base, la respiration est un peu rude et il y a de gros râles.

La région hépatique continue à être tuméfiée et très douloureuse. Tuméfaction au niveau des dernières côtes droites ; il y a de l'œdème intercostal.

Le pouls reste lent, il n'atteint pas 60 ; il est plein, impulsif, parfois inégal et avec des faux-pas. Les bruits cardiaques, clairs, présentent la même arythmie que le pouls.

La langue est toujours rouge et sèche. Urines claires sans albumine ni glucose, ni pigments biliaires, avec dépôt. Environ 700 gr. par jour.

Il n'y a pas d'ictère.

L'enfant est gai, il dort bien, il demande à manger.

Opération. — Chloroforme. Le Dr Mondino, chef de clinique chirurgicale, fait une incision parallèle au rebord costal en mettant à découvert le foie qui se présente gros et congestionné. En le détachant de la partie interne des côtes où il adhérerait légèrement, l'abcès, qui était devenu superficiel, creva laissant échapper environ 100 grammes d'un pus épais et verdâtre et produisant une cavité hépatique du volume d'une noix. Le foie, très congestionné, ecchymotique, fut fixé à la paroi afin d'isoler l'abcès de la cavité péritonéale. Drainage.

Le 17. L'enfant a eu deux vomissements pendant la nuit ;

toux douloureuse ; il apparaît des signes de bronchite au poumon gauche. 72 pulsations.

Le 18. La nuit passée, le malade a eu de fortes douleurs abdominales qui furent calmées par une potion d'éllixir parégorique.

Pouls 60. La langue commence à s'humecter. Il y a deux jours qu'il ne va pas à la selle. Potion avec benzonaphtol et magnésie.

On change le drainage. Le pus est abondant.

L'examen bactériologique du pus révèle la présence du streptocoque.

Le 20. 45 pulsations. Etat général bon. Suppuration toujours abondante. Le drainage est changé tous les jours.

Le 24. Le malade va bien. Peu de suppuration. Les points de suture à l'extrémité de l'incision se sont détachés.

Etat général excellent. Langue humide.

Le 31. La plaie va bien. Très peu de suppuration. Il y a des phénomènes de côlite. Coliques et flux diarrhéiques ; légère fièvre. Le pouls tend à se régulariser.

4 janvier. La plaie est en voie de cicatrisation. On enlève le drainage. La côlite a disparu. Pouls 100. Etat général excellent. Le malade mange de tout. Il se lève.

Le 11. Il a eu ces trois derniers jours un peu de fièvre par suite d'embarras gastrique. Sulfate de soude, 15 grammes. Aujourd'hui il se trouve mieux.

Le 20. Il sort de l'hôpital, complètement guéri.

Tableau de 45 cas d'abcès du foie chez l'enfant.

LEBLOND. *Diagnostic et traitement des abcès du foie.* Thèse 1892.

1° *Par traumatisme.*

1. Baudelocque (*Schmidt's Jahrbücher*, 1834). Garçon, 11 ans. Traumatisme. A fait une chute un mois auparavant; le dernier survivant d'une famille tuberculeuse, a eu des symptômes de phtisie. Mort. A l'autopsie, foie augmenté de volume; dans le lobe droit 12 à 15 cavités purulentes: conduits biliaires normaux. Durée 6 semaines.

2. Obre (*Transact. Patholog. Soc. London*, 1850-1851, III, 115). Fille de 9 ans. Traumatisme possible. Fièvre hectique. Œdème et mouvements convulsifs de la jambe droite; pas d'ictère, voussure de l'hypochondre droit; côtes saillantes; pas de fluctuation. Abcès ouvert, aspiration. Mort 11 jours après que la tumeur s'était manifestée. Cavité contenant 1 pinte $\frac{1}{2}$ de pus dans le lobe droit. Pneumonie de la base droite, pas d'ulcérations intestinales.

3. Renaud. *Union médicale*, 1851.

4. Sheets (*Cincinnati med. Observer*, 1857, t. II, p. 9-11). G..., 12 ans, tombe sur le coin d'une chaise en août 1855 et se fracture probablement une côte; grande douleur qui disparut en quelques jours. En mars suivant, saillie à la partie inférieure droite du thorax; puis empatement de la région; foie

augmenté, côtes soulevées : œdème des jambes ; constipation. Incision entre la neuvième et dixième côte le 10 avril : du liquide abdominal, du pus et du sang furent évacués. Le 14 septembre un fragment de côte fut enlevé par le malade, et peu après l'écoulement cessait. Durée 11 mois.

5. Loscher (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1860). Enfant de 11 ans : le lendemain d'un traumatisme à l'hypochondre, douleur vive ; puis anorexie, insomnie, toux sèche. Diarrhée, langue sale. Ictère le quatrième jour. Puis signes de pleurésie droite ; augmentation de la matité du foie. Incontinence d'urine ; coma. A l'autopsie grand abcès du lobe droit ayant perforé le diaphragme et produit une pleurésie purulente droite.

6. Dreschler (*S. Louis med. and Surg. Journal*, 1869). Garçon de 13 ans : après traumatisme de l'hypochondre droit, vomissements, frissons et fièvre, douleur de la région hépatique. Comme signes physiques, matité à la percussion, voussure petite, difficile à sentir. A rendu en toussant une pinte de pus sangui-nolent.

7. Casuso (*Cronica med. quirurg. de la Habana*, 1883). Débute par manque d'appétit, température élevée et douleur hépatique, diarrhée ; tumeur énorme, fluctuante, douloureuse, de la grosseur d'une tête d'adulte. qui donne à la ponction un pus rougeâtre. Incision ; mort quelques jours après.

8. Vogler (*Journal Americ. Associat.*, 1887, t. 8, p. 275). F., 12 ans. Douleur de l'épaule droite, fièvre surtout vespérale, constipation, vomissements. Voussure de l'hypochondre, sans fluctuation. Incision qui donne du pus teinté de bile. Guérison.

2° *Par lombrics.*

9. Bluff (*Medecin. Annalen*, Bd. I, 1835). F..., 15 ans. Fièvre intermittente, puis douleur épigastrique : ascarides dans les selles ; puis enflure du ventre et des membres inférieurs. Fluctuation à l'ombilic ; ouverture au bistouri, donne un pus hépatique. Guérison en 6 mois. Bernhard croit que ce cas n'est qu'une péritonite enkystée.

10. Lebert (*Traité d'anat. pathol.*, t. I, cité par Davaine, p. 170). F..., 15 ans.

Frisson subit, fièvre vive, douleur au côté droit ; diarrhée. Foie débordant les fausses-côtes de deux doigts. Puis douleurs thoraciques à droite avec matité depuis l'omoplate. Toux fréquente, crachats sanguinolents. Mort 5 semaines après le début. A l'autopsie plusieurs abcès hépatiques : l'un deux, volumineux a perforé le diaphragme et communique par de petits pertuis avec la base du poumon droit.

11. (Tonnellé. Cité par Davaine, p. 165). Troubles digestifs, diarrhée, vomissements. Amaigrissement rapide et abattement ; puis rougeole et broncho-pneumonie. A l'autopsie on trouva trois abcès communiquant ensemble : l'un deux contenait un lombric enroulé sur lui-même.

12. Brown (*Trans. med. surg. Soc. Edinburgh*, 1861, t. I, p. 665). F..., 1 an. Depuis deux mois, diarrhée continuelle avec lombrics : parfois selles sanguinolentes. Le foie fut trouvé hypertrophié à l'examen pratiqué la veille de la mort. Cet organe contenait au-dessus du rebord costal un abcès renfermant trois onces de pus rougeâtre.

13. Starr (*Trans. Colleg. Phys. Philad.*, 1876). G..., 5 ans. Bien portant une semaine avant son admission : douleurs péri-ombilicales ; un peu d'huile de castor fait évacuer 20 à 30 lombrics. Agitation, fièvre, diarrhée, sans jaunisse. Voussure de l'abdomen, plus tard sensibilité et fluctuation profonde. Guérison par aspiration du pus en deux mois.

14. Scheutauer (*Jarbuch für Kinderheilkunde*, XIII, 1879). G..., 4 ans, malade depuis 6 semaines, entre à l'hôpital d'enfants de Pesth pour fièvre et symptômes de pleurésie gauche : selles liquides avec nombreux lombrics. Il quitte l'hôpital au bout de 3 semaines, puis revient 5 semaines après pour un épanchement de la plèvre droite. Mort en 8 jours. A l'autopsie, pleurésie purulente droite ; dans le foie adhérent au diaphragme on trouvait deux abcès dont l'un contenait un lombric.

15. Sinnhold (*Jahrb. f. Kinderh.*, 1879, p. 288). F..., 5 ans 1/2, souffrant de vomissements bilieux, douleurs abdominales, ictère, foie hypertrophié, amaigrissement. Puis frissons, ascite, œdème pulmonaire, pétéchies et mort. Dans le foie se trouvaient plusieurs abcès, pleins de pus jaune verdâtre.

16. Bernhard (*Jahrb. f. Kinderh.*, 1886). Obs. VI, p. 26.

3^o Par dyssentérie tropicale.

17. Miller (*Trans. med. and Physical Soc. Bombay*, 1849). G..., 10 ans, né aux Indes : s'est plaint d'une douleur au côté droit ; avec fièvre continue ; puis soif, constipation. Foie aug-

menté : fluctuation distincte à la surface antérieure du lobe droit. Absès incisé le vingt-cinquième jour : écoulement de pus a duré un mois. Guérison après deux mois de maladie.

18. Menger (*Schmidt's Jahrb.*, 1880). Enfant de 9 ans qui avait de la fièvre depuis 6 mois ; douleurs sourdes à l'hypochondre droit ; amaigrissement. Dyssentérie ancienne. Météorisme. Ictère. Pas de voussure du foie. Ponction exploratrice donne du pus. Incision et évacuation de six onces de liquide purulent. Guérison.

19. Easmon (*Lancet*, 1887., t. II, p. 310). Fille de 3 ans, a vécu en Afrique (Côte d'Or), y a souffert de dyssentérie et fièvre bilieuse malarienne. Vomissements fréquents, voussure et tumeur tendue occupant l'hypochondre droit. Guérison après plusieurs aspirations.

20. Pereira (*Indian med. Gazette, Calcutta*, 1890). Obs. IX, p. 71.

4° *Par dyssentérie nostras.*

21. Dulles (*Philadelphia, Med Times*, 1878). G..., 12 ans. Diarrhée depuis 15 jours ; puis constipation ; ictère. Douleur à l'hypochondre droit ; puis tumeur fluctuante au-dessous du rebord costal. Incision et guérison en 6 semaines.

22. Moore (*Trans. Path. Soc. London*, 1881). F..., 3 ans 1/2 dyssentérie pendant une semaine ; a toujours vécu à Londres : pendant les deux derniers mois selles limoneuses et sanguinolentes. Mort, pas d'autopsie.

23. Swift (*New-York, Med. Record*, 1882) montrait en 1882 à la Société pathologique de New-York le foie d'un enfant de

3 ans : tout le lobe droit était creusé d'un vaste abcès. Quelques semaines avant la mort, entérocolite, puis hypertrophie du foie et pleurésie droite purulente.

24. Boutier. *Progrès médical*, 1883. (Obs. V, p. 60).

5° *Par fièvre typhoïde.*

25. Sidlo (*Militärarzt*, 1875, n° 23). Fille de 10 ans, malade de fièvre, céphalalgie, constipation, météorisme, gargouillement iléocœcal et hypertrophie de la rate, qui après quelques jours de rémission, frisson soudain, et douleur dans la région du foie, puis ictère : le bord inférieur dépassait la ligne horizontale de l'ombilic : bientôt coliques violentes, frissons et évacuation de matières pyosanguinolentes dans les selles qui sont très fréquentes. Dès lors amélioration rapide et guérison complète. Diagnostic : récidive de typhus abdominal, abcès du foie ouvert dans l'intestin.

26. Bokai (*Pester Med. Chirurg.*, 1881) F..., 6 ans, malade de fièvre depuis plusieurs semaines, sans hypertrophie du foie, ni ictère, mais fièvre intermittente, élevée le soir ; cachexie. A l'autopsie plusieurs abcès confluents ; dans l'intestin grêle ulcérations allongées, peu profondes. Diagnostic : iléotyphus compliqué d'abcès du foie. Le pus ne renfermait pas de microcoques.

6° *Par phlébite du cordon ombilical.*

27. Ritchie (*Edinburg med. Journal*, XIII, p. 181). Fille de 1 an 1/2. Phlébite ombilicale ; pendant 2 ou 3 jours vomisse-

ments et diarrhée. Selles limoneuses et jaunes : ictère. Eruption syphilitique papuleuse.

Mort le seizième jour. Abscès unique du lobe droit du foie à l'entrée de la veine ombilicale : péritonite généralisée.

28. Rusche (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1889). Obs. VIII, p. 69.

7° Par pérityphlite.

29. Fergus (*Lancet* 1884, t. I, p. 1182). G..., 15 ans, de famille tuberculeuse. Pérityphlite probable. Aspect maladif. Diarrhée ; fièvre, pas d'ictère. Sueurs fréquentes, frissons. Météorisme. Hypertrophie du foie. Douleur de la région cœcale. Péritonite généralisée.

A l'autopsie abcès considérable ayant envahi les 2/3 du lobe droit. Etat du cœcum non mentionné.

8° Par infection purulente.

30. Romberg (*Caspar's Wochenschrift*, 1837). F..., 5 ans, atteinte de fièvre et d'ictère avec douleur de l'hypochondre droit, soif, constipation. A l'autopsie, foie non augmenté de volume ; mais le lobe droit contenait un grand nombre de foyers purulents. Durée 7 jours.

31. Axenfeld (*Société anatomique*, 1852, p. 105). F..., 12 ans, sans antécédents, atteinte de fièvre irrégulière, puis d'une tumeur volumineuse de la région hépatique. Mort au

bout de 3 jours, de péritonite généralisée. A l'autopsie, foie hypertrophié, contenant un grand nombre d'abcès.

32. Loschner (*Jahrbuch f. Kinderh.*, 1859). F..., 10 ans. Pyléphlébite ; foie rempli de petits abcès.

33. Burder (*Lancet*, 1874, t. 2, p. 552). G..., 9 ans. Pyléphlébite. Quantité de petits abcès dans le parenchyme hépatique.

34. Wicklam Legg (*S. Barthol. Hosp. Reports*, 1875, XII, p. 85). F..., 5 ans. A eu des abcès au pli de l'aîne 18 mois auparavant.

Entrée à l'hôpital pour un abcès entre l'ombilic et l'épigastre qui fut ouvert et guérit. L'enfant revint très malade et mourut peu de jours après. Abcès multiples dans la cavité abdominale, notamment dans le lobe gauche.

35. Murchison (*Maladies du foie*, 1877, p. 177). G..., 15 ans, Pyohémie après appendicite. Abcès multiples.

36. Bach (*Therap. Gaz.*, 1887). G..., 9 ans, atteint de contusion de la hanche gauche, suivie d'abcès : le dixième jour, augmentation du foie, puis deux tumeurs de la grosseur d'un œuf d'oie. Guérison par incision. Trois jours après, abcès du lobe gauche traité de même.

37. Asch (*Berliner klin. Wochens.*, 1882, p. 772). G..., 12 ans. A la suite de fièvre typhoïde, hypertrophie du lobe droit : huit ou dix tumeurs saillantes, de nature pyléphlébitique, provenant des ganglions purulents de l'appendice iléo-cœcal.

38. Dunn (*Univ. Med. Mag.*, 1889). F..., 14 ans. Affection peut-être secondaire à une péritonite pelvienne. Frissons, fièvre élevée ; foie sensible et hypertrophié. Amaigrissement. Aspiration et lavages à l'eau phéniquée. Guérison en 40 jours.

36. Bernhardt. G..., 10 ans, Pérityphlite, abcès du foie secondaires multiples.

40. Bernhard. G..., 12 ans. Pyléphlébite après fièvre typhoïde.

(Tous deux cités par Musser sans indication bibliographique).

9° *Abcès sans cause connue.*

41. Wendroth (*Medizin. Zeitung*, 1854, n° 34). F..., 3 ans. Souffrait depuis sa naissance d'une éruption cutanée : après sa disparition une tumeur apparut sans fluctuation dans l'hypochondre droit : puis frissons, sueurs, Incision. Guérison.

42. Descroizilles (*Soc. anatomique*, 1861). Enfant de 13 ans qui eut deux ans auparavant de nombreux accès de fièvre. Entre avec température élevée, anorexie, diarrhée, céphalalgie, météorisme, sans taches rosées ni grosse rate ; puis vive douleur au côté droit et matité hépatique allant du mamelon à deux doigts au-dessous du rebord costal. Dyspnée, ictère, délire et mort. A l'autopsie rate et intestins normaux ; au foie cinq abcès, dont le plus gros, dans le lobe droit, atteint le volume d'une noix : pas de tuberculose pulmonaire. L'ensemble des symptômes fit croire à une dothiéntérie, puis à une tuberculose aiguë.

43. Mall (*Wiener medic. Presse*, 1873). Après fort frisson, douleurs à l'hypochondre et à l'épaule, nausées, vomissements bilieux. Puis tumeur douloureuse au niveau du foie, amaigrissement, fièvre intermittente. Une ouverture au bistouri évacua une grande quantité de pus et la cavité se ferma en trois semaines.

44. West (*Lancet*, 1884, t. I, et *Medical Press. and Circular*, 1884, XXXVII).

Garçon, de 11 ans, habitant Londres pris subitement de douleurs au foie, sans signes physiques : un large abcès fut ponctionné, puis ouvert. Quinze jours après ouverture d'une seconde poche, puis un mois plus tard un troisième abcès fut incisé. La convalescence a été encore retardée par un abcès de la paroi abdominale qui fut opéré et guérit.

45. Omont (*Normandie médicale*, 1889, p. 216). Obs. VII, p. 67.

OBSERVATION V (Résumée).

BOUTIER, *Progrès médical*, 1883, p. 125.

Abcès du foie par dyssentérie sporadique chez un idiot.

Autopsie.

Bul..., 14 ans, est entré à Bicêtre le 6 mars 1882, dans le service de M. Bourneville. Il est né à Paris qu'il n'a jamais quitté.

C'est un idiot complet qui a de fréquentes convulsions.

A l'auscultation et à la percussion, on trouve tous les signes d'une tuberculose pulmonaire. Appétit médiocre ; pas de vomissements ; le foie et la rate ont leurs dimensions naturelles ; ventre assez gros ; selles quotidiennes, souvent diarrhéïques. Gâtisme complet. Extrémités cyanosées.

Du 10 au 31 mars. — La température oscille entre 38° et 39°8.

Mai. — Amélioration assez notable ; l'enfant quitte l'infirmerie et va à la petite école. Diarrhée assez fréquente, glaireuse, renfermant souvent du sang.

Le 24 août. — La diarrhée est devenue plus abondante, et persiste malgré des doses élevées de bismuth.

4-21 septembre. — La température n'atteint que rarement 38°8 ; elle se maintient presque toujours entre 38°2 et 37°6.

5 novembre. — Les selles sont toujours très fréquentes, mais peu abondantes. Elles contiennent du sang ; on en compte une dizaine par jour ; elles ne semblent s'accompagner ni de douleurs ni de ténésme. Pas de vomissements.

25 novembre-16 décembre. — La température oscille entre 37°8 et 37°6.

1883, 1^{er}-10 janvier. — Congestion pulmonaire double, surtout marquée à droite ; la température varie entre 37°6 et 38°4. La diarrhée persiste toujours séreuse et ne contenant plus de sang. L'amaigrissement est extrême ; pas d'ictère, pas d'escharas. Mort le 10 janvier.

A l'autopsie on trouve une atrophie simple du cerveau à laquelle on peut rattacher l'arrêt du développement intellectuel.

Dans la cavité thoracique, le poumon gauche présente des granulations miliaires et quelques petites cavernes au sommet. Poumon droit congestionné, partout perméable, sauf à la base et au niveau du foie où la plèvre est épaissie. Pas de liquide pleural.

Dans la cavité abdominale, périhépatite très marquée, surtout vers le bord postérieur et la face supérieure du foie, où

l'on trouve une vaste poche purulente se prolongeant vers le lobe gauche et contenant environ un litre de pus granuleux, sans crochets. Dans le cœcum et le gros intestin fausses-membranes blanc-grisâtres ; trois ou quatre ulcérations au voisinage de l'appendice iléo-cœcal.

Ainsi, cette dyssentérie chronique, sporadique, ne s'est pas accompagnée de ténésme rectal ou vésical ; les symptômes douloureux ont été nuls comme il arrive toujours chez les idiots ou les déments. C'est par cette réaction à la douleur qu'on peut expliquer l'évolution insidieuse de l'abcès du foie qui ne s'est révélée qu'à l'autopsie.

OBSERVATION VI

BERNHARD. *Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1886, t. XXV, p. 35.

*Abcès du foie chez un enfant de 13 ans. Cause inconnue.
Opération : autopsie.*

Louis Georges, 13 ans, fut amené à la Clinique le 15 décembre 1884. Pas d'antécédents personnels.

Il y a quatre semaines, à la suite d'un refroidissement, il se mit à tousser, eut de la fièvre le soir, sueurs nocturnes anorexie. Constipation ; puis douleur vive dans la moitié droite du thorax.

Le 18 décembre, le malade est très faible, couché sur le dos ; léger œdème de la face, surtout des paupières. Température

élevée, peau moite ; pouls petit et fréquent, langue chargée, respiration très accélérée. La moitié droite du thorax semble plus bombante et plus dilatée que la moitié gauche. A l'inspiration la moitié gauche du thorax se soulève, ainsi que la partie correspondante de l'abdomen ; mais à droite immobilité absolue. Les espaces intercostaux, surtout les inférieurs, sont en retrait. Choc de la pointe du cœur dans la cinquième espace sur la ligne mamelonnaire.

A droite, en avant, on trouve sous la clavicule un son affaibli ; à partir de la seconde côte, matité absolue, qui sans interruption se change en matité hépatique et descend jusqu'à la ligne axillaire postérieure à gauche, cette matité s'étend jusqu'au bord gauche du sternum.

A l'auscultation on entend en avant, dans la moitié gauche du thorax, un murmure vésiculaire exagéré. A droite, en avant et sous la clavicule, respiration bronchique avec râles crépitants. Vibrations vocales augmentées à droite.

En arrière à droite le son est affaibli jusqu'à la pointe de l'omoplate, il est nul depuis cette pointe jusqu'à la base ; cependant la matité n'y est pas absolue comme en avant. A l'auscultation on entend dans les fosses sus et sous-épineuses une respiration bronchique. Œdème de la paroi abdominale.

A droite la matité du foie dépasse le rebord costal de cinq doigts environ. Pas d'hypertrophie de la rate. Abdomen ballonné. Urine, acide, sans albumine D. 1026. Q. 250 centimètres, c.

T. matin 37, 6. P. 112. R. 44.

T. soir 39. — P. 88. — R. 48.

19. — Pas de selles. — Malade couché sur le côté droit. Pas de douleurs. Aucune modification dans l'état du thorax.

20. — T. matin 38^o,5. P. 112. R. 40. Urine 350 centimètres cubes. Soir 400,1. P. 128. R. 48.

Forte dyspnée. Œdème de la moitié droite du visage, surtout de la paupière droite. Regard anxieux. A la percussion, à droite, en avant, dans la fosse sous-claviculaire, son tympanique éclatant ; matité dans le reste du côté droit. En arrière, à droite, dans la moitié supérieure de l'omoplate, matité absolue. L'auscultation à droite en avant jusqu'à la deuxième côte donne un bruit respiratoire affaibli, avec râles sonores, et tintement métallique après la toux. Plus loin, vers le bas, respiration très affaiblie, vague murmure respiratoire.

A droite en arrière on entend à peine la respiration.

Avec l'appareil Potain on fait une ponction dans le septième espace intercostal, sur la ligne axillaire : 450 grammes de pus épais, gris-verdâtre, contenant des traînées rouges, et beaucoup de lambeaux. Le trocart enlevé, il s'écoule encore une cuillerée à soupe de liquide clair, limpide. Le petit malade tousse beaucoup après la ponction. La percussion donne les mêmes résultats.

21. — Nuit agitée : vive dyspnée ; gémissements continuels.

T. 38^o. P. 120. R. 44. Urine claire, sans albumine.

22. — Malade très pâle et affaibli, toujours couché sur le côté droit. Visage tout boursoufflé. Œdème de la paupière droite excessif. Pouls faible, irrégulier, 104. La respiration conserve le type unilatéral. Retrait considérable des espaces intercostaux à gauche, tandis qu'à droite leur surface est comblée.

Œdème de la peau du thorax et du bras, à droite.

La pointe du cœur, qui avant la ponction battait dans le sixième espace intercostal, est maintenant dans le cinquième, un

peu en dehors de la ligne mamillaire. A la hauteur de la deuxième côte droite commence la matité qui devient absolue à partir de la quatrième. Sur la ligne axillaire, jusqu'à la troisième côte le son est tympanique, avec léger tintement métallique ; au-dessous d'elle le son est éteint.

Quand le malade est assis, on remarque que son côté droit est fortement tendu ; œdème de toute la région.

24 — L'œdème se généralise, mais est toujours plus marqué à droite, surtout au niveau du thorax et de la face. Matité thoracique dans presque tout le côté droit. Cœur dévié vers la gauche. Ascite notable. Pouls accéléré, peu sensible à cause de sa petitesse. 120. T. 38°5. Resp. 52.

L'opération est faite par Ledderhose, premier assistant de la clinique chirurgicale de Strasbourg. Au dessus du point ponctionné, on résèque un morceau long de 5 à 6 centimètres sur la cinquième et sur la sixième côtes, au niveau de la ligne axillaire droite : la ponction faite ensuite donne 800 grammes de sérosité claire. Au fond de la plaie d'incision on trouve le poumon refoulé et remonté.

Le diaphragme fortement tendu remonte jusqu'au quatrième espace intercostal. Une ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz dans le septième espace donne du pus. Ensuite la plaie supérieure fut désinfectée, drainée et pansée, puis on réséqua une portion de la neuvième côte sur la ligne axillaire. L'introduction d'un trocart en ce point donna du liquide d'abord purulent, puis séreux. En élargissant l'ouverture de ponction, il s'écoula un liquide séreux abondant.

On tomba sur le foie et en agrandissant l'ouverture intercostale on parvint dans le foie sur une cavité purulente de la grosseur de deux poings, qui était limitée par des lambeaux de tissu

et de saillies irrégulières. Dans la cavité hépatique fut laissé un tube non troué. En pressant sur l'abdomen il s'écoula de la plaie un liquide séreux abondant. Pansement avec gaze iodoformée et ouate de bois.

L'état s'améliore après l'opération.

25. — Nuit agitée. T. 36°5. P. 120. R. 52,

Pansement souillé de sécrétions : le poumon descend pendant l'inspiration jusqu'à la plaie supérieure. Le foie semble adhérent à la paroi abdominale. Peu de pus dans le pansement, sans fétidité. Délire.

26. — Nuit très mauvaise. T. 36°6. P. 120. R. 56.

Respiration difficile : râle trachéal. Délire continu. On ne touche pas au pansement. Mort le 27.

A l'autopsie on trouve au côté droit, à 7 centimètres au-dessous du creux axillaire une incision faite dans l'espace intercostal. A 3 centimètres au-dessous de cette plaie est une seconde incision, longue de 8 centimètres, béante de 3 centimètres d'où sort un drain.

Ascite dans l'abdomen. Le diaphragme est à la hauteur de la cinquième côte sur le côté gauche. Le foie s'étend sur la ligne mamelonnaire à 2 centimètres au-dessous du rebord costal ; le lobe gauche est libre, mais le droit est retenu par des adhérences au diaphragme. A droite le diaphragme s'étend jusqu'au bord supérieur de la quatrième côte sur la ligne mamelonnaire.

Il est sondé au thorax, au niveau de la septième côte.

De la seconde ouverture d'incision on parvient par un orifice diaphragmatique dans une grande cavité hépatique qui renferme encore du pus jaunâtre ; elle est très irrégulière et s'étend en avant jusqu'au milieu du lobe droit. Le poumon

droit est sain, sauf le lobe inférieur qui est comprimé et vide d'air.

Dans l'arrière cavité des fosses nasales, dans le duodénum et dans l'estomac, on trouve quelques lombrics. Il n'y en a pas dans les voies biliaires.

OBSERVATION VII

OMONT. *Normandie médicale*, 1869, p. 216.

Abcès du foie chez un enfant de 5 ans. Méthode de Récanier.

En 1888 un enfant de 5 ans avait été soigné pour une phtisie aiguë à forme pneumonique, et avait guéri relativement en conservant une caverne au côté droit.

Le 15 mars de l'année suivante il fut amené à mon cabinet : il était depuis huit jours un peu souffrant, l'appétit diminué, le sommeil mauvais. En procédant à un examen minutieux, je découvris dans l'hypochondre droit, au-dessous du rebord des fausses-côtes, à trois doigts de la ligne blanche, une tumeur dure, mate, peu douloureuse, du volume d'un œuf de poule, plongeant sous ce rebord et se continuant avec le foie. Elle semblait appartenir à la vésicule biliaire ou à l'éminence postérieure. Je fis mettre le malade au lit et attendis.

Le 17 mars. — La tumeur avait augmenté ; son indépendance de la paroi abdominale était absolue, pas de rougeur ni d'œdème de la peau : douleur locale très légère. Etat général satisfaisant. Constipation.

Du 17 au 22. — La tuméfaction augmente encore, mais elle devient douloureuse à la pression et par la toux. La fièvre est légère, elle atteint une fois 38°5. Etat général moins bon, appétit nul.

Le 22. — On fit le diagnostic d'hépatite en voie de suppuration.

A ce moment il n'y avait pas trace de fluctuation ; pas de saillie de la tumeur à l'extérieur, toute la moitié supérieure du côté droit de l'abdomen était peu à peu envahie. En haut c'est une masse dure et volumineuse ; au-dessous et descendant plus bas que l'ombilic, c'est une nappe résistante, mais peu épaisse.

Le 3 avril apparaissait dans le flanc droit, un peu au-dessous de la ligne ombilicale, un léger œdème de la paroi : à ce niveau on trouve une légère proéminence de la tuméfaction, sans rougeur ni adhérences de la peau. Je n'ose affirmer avoir senti la fluctuation. Quoi qu'il en soit le lendemain, je fais à ce niveau une large application de pâte de Vienne, et quatre jours après sans autre intervention il s'échappait un flot de pus par la plaie de l'eschare. Ce pus ne présentait pas les caractères du pus phlegmoneux ; il était plus fluide et ressemblait à de la lie de cidre, charriant une petite quantité de détritüs dont je n'ai su reconnaître l'origine, mais bien différents des lambeaux de tissu cellulaire du phlegmon. Après l'ouverture du foyer, fréquents lavages au sublimé. Pas de complications.

Au quatrième jour, écoulement presque nul ; la tuméfaction a diminué ; la douleur, la fièvre et l'inappétence ont disparu.

En 8 ou 10 jours, le petit malade était revenu à son état normal.

A la place de l'eschare il n'y avait plus qu'une plaie superficielle.

ficielle, dont je réprimai vite les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent.

L'intervention eut des suites aussi heureuses que la laparotomie la mieux conduite. Je pense que la méthode de Récamier demeure pour le petit médecin de campagne le seul procédé pratique de traitement des suppurations du foie ; je crois ce procédé capable de donner des résultats satisfaisants et qu'il est préférable pour la campagne à l'incision directe qui réclame des aides, un temps et une habileté opératoire qu'on ne saurait rencontrer en dehors des grands hôpitaux ou des grandes fortunes.

OBSERVATION VIII

RUSCHE. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1889, p. 262.

Trois abcès du foie chez un nourrisson. Guérison.

Une enfant de 3 mois qui était nourrie au lait de vache fut prise de bronchite qui guérit rapidement ; mais à la suite on reconnaît à la palpation une hypertrophie du foie. Quelque temps après l'enfant était très abattu et l'abdomen fortement soulevé au niveau de l'hypochondre droit. On sentait assez nettement sur le lobe droit du foie une grosse tumeur, et deux plus petites sur le lobe gauche.

L'examen physique des autres organes ne donnait rien d'anormal. Pour remédier à la perte des forces, on donna du phosphate de chaux trois fois par jour, de petites quantités d'huile

de foie de morue et de vin de Tokai à parties égales, et le mélange de lait et de farine d'avoine.

Du 3 au 5 avril. — Fièvre le soir ; pas d'ictère. Les trois tumeurs du foie augmentaient graduellement, s'élevant sur la paroi abdominale amaigrie.

Le 5 avril. — On constata sur les deux tumeurs gauches de la fluctuation : alors la paroi abdominale fut lavée au sublimé, puis, tandis qu'un aide fixait avec ses mains à plat la tumeur située le plus à gauche, le chirurgien incisa au bistouri le sommet de la tumeur : il s'évacua du pus jaune verdâtre, non fétide. Une sonde introduite prudemment ne donna pas de communication avec le second abcès : celui-ci fut ensuite ouvert de la même façon : même résultat. Pansement au sublimé.

Après une série de pansements ces plaies opératoires guérirent vers le 12 avril. Cependant, la tumeur du lobe droit, qui jusque-là était restée dure, montra de la fluctuation : l'ouverture en fut faite le 12. L'incision dans ce dernier cas fut si grande que l'on put, avec le doigt, explorer la cavité. On arrivait ainsi au bord supérieur du foie qu'on pouvait sonder dans toute son étendue. Le pus était semblable à celui des deux poches précédentes ; malheureusement aucune préparation microscopique n'en fut faite. La plaie fut lavée au sublimé, puis elle se ferma rapidement.

Le jour de l'opération l'enfant était très faible et le pronostic semblait absolument mauvais.

Mais peu à peu, il put se rétablir et la guérison fut complète au bout de 3 mois. Aujourd'hui, après 2 ans et 1/2, sa santé est encore parfaite.

Dans ce cas, ces abcès ont sans doute été produits par une

thrombose de la veine ombilicale et de la branche gauche de la veine-porte,

OBSERVATION IX

PÉREIRA. *Indiān medical Gazette Calcutta*, 1890, p. 170.

• *Abcès dyssentérique chez une fille de 20 mois.*

Je fus appelé d'urgence pour voir une fille de planteur de café et quinquina qu'on avait amenée en l'état suivant : Enfant toujours en bonne santé jusqu'à la fin de novembre : elle ressentit alors quelques légères atteintes de dyssentérie, bientôt guéries par une petite dose d'huile de castor et de laudanum.

Le 2 décembre 1889. Les selles étaient argileuses, non colorées par la bile ; la petite malade maigrissait et prenait un mauvais aspect.

Le 5. — Elle fut vue par l'apothicaire attaché à l'hôpital de Saint-Barthélemy qui la traita pour une congestion hépatique.

Au bout de 9 jours, les symptômes hépatiques avaient disparu ; la malade reprenait des forces. Mais peu après l'enfant fut de nouveau souffrante et l'état empira de plus en plus.

Je la vis, le 29 décembre, amaigrie, faible ; le visage était anxieux, la peau cireuse, sans ictère, l'appétit mauvais, la langue sale ; les yeux brillants. T. 102°. Respiration courte et précipitée. Dans la région hépatique existait un gonflement bien défini, de la grosseur du poing et manifestement fluctuant. Elle était surtout saillante dans le dixième espace intercostal.

N'ayant pas de doute sur la nature de la maladie, je donnai un peu d'eau-de-vie à la malade et fis une ponction de l'abcès avec un trocart et canule : on évacua ainsi 12 onces de pus fluide avec peu de sang, inodore. Après la ponction, pansement compressif.

Le 30. — Après plusieurs nuits d'insomnie, la nuit fut calme ; léger écoulement par l'orifice de la ponction. T. matin, 98°4 le soir 99.

Le 31. — L'ouverture s'est fermée. T. m. 98°6. soir 69°6.

1^{er} janvier 1890. — La cavité de l'abcès se remplit. John North appelé fut d'avis de vider par aspiration cette cavité et de la laver à l'eau boriquée. Mais quelques jours après, l'abcès se rouvrit au point ponctionné et se vida spontanément.

7 janvier. — Libre écoulement de 8 onces de pus, fétide, teinté de sang.

22 janvier. — L'abcès continue alternativement à se fermer et s'évacuer ; de 1 à 4 onces de pus étaient évacuées chaque jour.

La santé s'améliora peu à peu. Pour hâter la guérison, j'introduisis dans l'abcès une sonde de gomme élastique et le lavai avec deux onces de solution boriquée chaude matin et soir.

27 janvier. — Il ne s'écoule plus que du liquide séro-sanguinolent. Les lavages sont supprimés.

13 février. — Guérison absolue.

CONCLUSIONS

1° Les abcès du foie sont rares chez l'enfant, et de cette rareté même résulte la plus grande difficulté du diagnostic, parce qu'on ne songe pas à cette lésion.

2° Dans certains cas ils se manifestent sous forme d'une hypertrophie hépatique diffuse ; dans d'autres, ils forment une tumeur arrondie et limitée, qui en impose facilement alors pour un hyste hydatique suppuré.

3° Leur étiologie est assez différente de ce qu'elle est chez l'adulte, en ce qu'ils sont rarement d'origine dyssentérique, et souvent d'origine traumatique, par suppuration d'un foyer de contusion interstitielle.

4° Lorsqu'il ne s'est pas formé spontanément d'adhérences inflammatoires entre le foie, en face de l'abcès, et le péritoine pariétal, il est imprudent de compter sur la stérilité du pus et d'opérer par incision large et directe par le procédé de Stromeyer-Little. Nous conseillons plutôt d'opérer en deux temps, et d'ouvrir l'abcès après avoir provoqué des adhérences par 48 heures environ de tamponnement de la surface hépatique mise à nu par le premier temps opératoire.

Vu : le Président de la thèse,

TERRIER

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
Etiologie.	11
Anatomie pathologique.	18
Symptômes.	21
Marche. Terminaison	25
Pronostic.	26
Diagnostic	27
Traitement.	34
CONCLUSIONS.	73

